


INTERSECCIONALIDADE E BARREIRAS NO ACESSO DE HOMENS NEGROS AOS SERVIÇOS DE SAÚDE: REVISÃO DE ESCOPO

 <https://doi.org/10.56238/arev7n2-151>

Data de submissão: 12/01/2025

Data de publicação: 12/02/2025

Fabiana Cristina Silva da Rocha

Enfermeira

Doutoranda em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva - UERJ

Mestre em Enfermagem, Saúde e Sociedade

Universidade do Estado do Rio de Janeiro- UERJ

Cristiane Maria Amorim Costa

Enfermeira

Doutora em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva

Universidade do Estado do Rio de Janeiro- UERJ

Marcelo José Derzi Moraes

Doutor em Filosofia

Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ

Tatiane da Silva Campos

Enfermeira

Doutora em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva

Universidade do Estado do Rio de Janeiro- UERJ

Roni Robson da Silva

Enfermeiro

Mestre em Ciências da Saúde

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – EEUSP

Aiarlen dos Santos Meneses

Enfermeiro

Doutorando em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva - UERJ

Mestre em Enfermagem

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO

Matheus Fernandes dos Santos

Enfermeiro

Especialista Clínica médica e cirúrgica

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO

RESUMO

A história do Brasil, fundamentada na estrutura da desigualdade, destinou a certos segmentos da sociedade uma posição marginalizada em relação às políticas públicas, exemplificada pela população negra. Objetivo: Buscar na literatura científica o estado da arte sobre as evidências no que diz respeito ao acesso do homem negro aos serviços de saúde brasileiros. Método: Estudo de Revisão de Escopo, seguindo o método de revisão proposto pelo Instituto Joanna Briggs (JBI), cuja pergunta norteadora

foi: Qual o estado da arte das evidências acerca das barreiras no acesso a saúde enfrentados pelos homens negros no Brasil? As buscas foram realizadas nas bases de dados do PubMed, LILACS, Scopus, CINAHL e Web of Science e Google Acadêmico. A estratégia de busca foi desenvolvida com os seguintes termos no PubMed: ("Racism" OR Prejudice OR " SystemicRacism ") AND ("Black People" OR " EthnicViolence" OR "Black or African American") AND ("Health Systems" OR "Unified Health System") AND (Brazil OR Brazilian), a mesma estratégia foi adaptada para as outras bases de dados. Resultados: Foram encontrados 1654 estudos, dentre os quais foram excluídos 543 que estavam duplicados, restando 1111 estudos. Durante a etapa de leitura de títulos e resumos, 477 foram excluídos por não cumprirem os critérios de inclusão desta pesquisa, em seguida foram excluídos 627 artigos que não atenderam os critérios de elegibilidade, restando assim 9 artigos para análise. Conclusão: No que diz respeito à realidade nacional, há poucos trabalhos sobre a percepção da população sobre o racismo na saúde no país, que não se reduzem a um único marcador social da diferença, mas vários, que se entrelaçam e atuam de forma complexa na produção das desigualdades. Cabe ressaltar, todavia, que, nos últimos anos, a temática das relações entre cor/raça e saúde ganhou visibilidade e está sendo incorporada por pesquisadores da área da saúde coletiva.

Palavras-chave: Racismo. Preconceito. Racismo Sistêmico. Pessoas Negras. Violência Étnica.

1 INTRODUÇÃO

Apesar de 15 anos desde sua promulgação, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) ainda enfrenta desafios significativos para sua efetiva implementação e consolidação como política pública.¹ Embora institucionalmente reconhecida, a política permanece aquém de sua importância no contexto dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente no que diz respeito à equidade na saúde.¹ Esses desafios adquirem maior relevância em uma sociedade intrinsecamente desigual, marcada por estruturas racistas, heterossexistas e capacitistas, enfatizando a necessidade urgente de fortalecer as lutas coletivas em defesa dessa política.^{2,3}

A PNSIPN foi aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde, sendo instituída pelo Ministério da Saúde em 2009 por meio da Portaria GM/MS nº 992/2009.² Essa medida reconhece o racismo e as desigualdades étnico-raciais como determinantes sociais das condições de saúde, visando à promoção da equidade em saúde.^{4,5}

O homem negro, como um ser social, infelizmente pode sofrer ao longo de sua vida na sociedade situações de racismo.⁶ A Lei nº 7.716/1989, caracteriza o racismo como crime inafiançável e imprescritível, contra determinado grupo ou a coletividade, realizado por meio de ofensa verbalizada ou atos como recusar acesso a estabelecimentos comerciais, elevadores sociais, negar empregos, dentre outros.⁷ É fundamental que se diferencie racismo e injúria racial, prevista no artigo 140, parágrafo 3º, do Código Penal.⁸ Para Almeida (2015), o conceito de racismo se classifica em individual, estrutural, e institucional. Na perspectiva individualista, o racismo é considerado um distúrbio comportamental do indivíduo, sem reconhecer plenamente seus impactos históricos e reais na sociedade. Na perspectiva institucional, amplia-se o escopo de análise para considerar os efeitos da segregação em instituições, que muitas vezes favorecem grupos raciais específicos em detrimento de outros. O racismo estrutural se manifesta quando instituições como o judiciário, legislativo, reitorias de universidades, ministério público e diretorias de empresas, predominantemente ocupadas por homens brancos, utilizam regras e normas para dificultar o acesso de negros e mulheres. Esse comportamento excludente cria um padrão hegemônico que afeta outras esferas da sociedade. Em resumo, o racismo estrutural perpetua desigualdades sistêmicas e impacta profundamente a vida das pessoas.⁹

A injúria define-se pela ofensa de uma ou mais vítimas pelo uso de elementos referentes à raça, cor, religião, etnia ou origem, onde se estabelece a pena de reclusão de um a três anos e multa, além da pena correspondente à violência, caso seja cometida.^{8,10}

A importância de apresentar o conceito dos crimes que podem atingir a população negra, de forma geral, se dá a partir da própria necessidade de o cidadão conhecer a legislação de seu país e, junto a ela, seus direitos e deveres para que possa recorrer caso lhe sejam causados danos.^{11,12}

2 BREVE APONTAMENTO DA DESIGUALDADE RACIAL

Quando voltamos os olhares aos homens, estudos realizados pelo IBGE trazem a percepção do quão mais intensa é a vulnerabilidade do grupo, podendo ser citadas inúmeras causas, como violência urbana, escolaridade, renda, acesso a saneamento básico e bens de consumo, condições estas que interferem diretamente na condição de saúde do indivíduo.^{1,5,7}

Conforme pesquisas conduzidas pelo IBGE, fica evidente a disparidade no acesso a bens e serviços básicos, entre diferentes grupos populacionais, como saúde, educação, moradia, trabalho e renda.^{5,7} No âmbito profissional, especificamente em cargos gerenciais, em 2019 os negros ocupam 29,5% das posições, ao passo que os brancos representam 69%.^{1,2,5,7} Em 2021 a condição de empobrecimento, considerando aqueles que vivem abaixo da linha de pobreza recebendo menos de R\$ 168 mensais per capita, 9% são negros, 11,4% são pardos e 5% são brancos. Já entre os que recebem menos R\$ 486 mensais per capita os percentuais são de 34,5% para os negros, 38,4% para os pardos e 18,6% para os brancos.^{2,5}

No que tange à remuneração, verifica-se disparidades entre os grupos étnico-raciais em ambos os segmentos.¹⁰ Além de estarem desprovidos de seguridade social, os homens negros enfrentam uma elevada taxa de informalidade (44,5%), superior à dos brancos/amarelos (33,3%) em 2022. Apesar de uma ligeira variação negativa na taxa de informalidade entre os negros/pardos, esta permanece acima da média nacional (39,4%).^{2,5}

Em 2022 as maiores taxas de informalidade entre os negros/pardos estão concentradas nas regiões Norte e Nordeste, destacando-se, por exemplo, o Pará, onde 6,3 em cada 10 trabalhadores negros e pardos estão na informalidade. Em contraste, os estados da região sul registram as menores taxas de informalidade, com Santa Catarina (26%) e Paraná (33%).^{11,12}

No contexto da saúde, as pesquisas sobre as desigualdades sociais por cor ou raça no Brasil, mostram notável discrepância no que tange a cobertura de serviços de saneamento básico conforme a cor ou raça.^{13,14} Em 2018, foi constatada uma proporção mais elevada da população preta ou parda residindo em domicílios sem coleta de lixo (12,5%, em comparação com 6,0% da população branca), sem acesso a abastecimento de água por rede geral (17,9%, em comparação com 11,5% da população branca) e sem esgotamento sanitário por rede coletora ou pluvial (42,8%, em comparação com 26,5%

da população branca).^{16,17} Esses dados implicam em condições de vulnerabilidade e maior exposição a vetores de doenças.

Os dados iniciais dos impactos da pandemia da COVID-19 na população negra, mostraram uma taxa maior de hospitalizações e óbitos por COVID-19 entre os brancos em comparação com os negros.^{17,18} Entretanto, ao longo das Semanas Epidemiológicas (SE), observou-se uma redução na proporção de óbitos e hospitalizações entre os brancos.¹⁹ Por outro lado, os óbitos e hospitalizações na população negra aumentaram. Estes achados nos leva a inferir sobre a diferenciação de acesso entre a população branca e negros em relação a seus cuidados em saúde.

Neste tocante, Cunha (2021) destaca as dificuldades enfrentadas pela população negra para acessar os serviços básicos de saúde.²⁰ A situação tem se agravado, uma vez que a Atenção Primária à Saúde (APS) sempre foi precária, com cobertura mínima da Estratégia da Saúde da Família (ESF) à essa população e presença esporádica de médicos na maioria das comunidades.²¹ Sabe-se que nas comunidades vivem grande parte da população negra, onde verdadeiramente não chegam as políticas públicas de saúde e o cuidado integral.^{21,22}

Outros fatores evidenciam a considerável vulnerabilidade do grupo populacional de homens negros na sociedade, incluindo o racismo estrutural, violência e as barreiras de acesso especialmente na área da saúde.^{17,21,22} Os Determinantes Sociais de Saúde (DSS) que são delineados pela Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) como elementos sociais, econômicos, culturais, étnico-raciais, psicológicos e comportamentais que impactam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população.^{5,23} A OMS define os determinantes sociais da saúde (DSS) como as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham.^{24,25}

Conforme estabelecido na PNSIPN de 2017, os homens apresentam índices de mortalidade superiores aos das mulheres nos três principais grupos de causas de doenças definidos pela OMS (doenças infecciosas e parasitárias, doenças não transmissíveis e causas externas). No contexto brasileiro, as mortes por causas externas lideram as estatísticas de óbitos entre os homens negros, que enfrentam um risco 6,3 vezes maior de morrer dessa forma em comparação com as mulheres.^{5,10}

No que diz respeito à morbidade causada por doenças transmissíveis prioritárias, a tuberculose emerge como um grave problema de saúde pública e está diretamente relacionada à condição de pobreza. Em 2022, a taxa de diagnóstico de tuberculose entre indivíduos negros foi de 63,3%.^{5,7,10} Os novos casos de tuberculose entre pessoas pretas e pardas foram predominantemente observados em homens com idades entre 20 e 49 anos, representando 44,8% desses casos.^{26,27}

A maioria dos casos de malária registrados na população negra em 2022 foi atribuída à espécie *P. vivax*, representando 86,86% da média dos anos estudados.^{28,29} Esta espécie é conhecida por causar

sintomas relativamente mais leves em comparação com a espécie *P. falciparum*, que representou em média 12,07% dos casos ao longo dos anos analisados.³⁰ Além disso, a maioria dos casos ocorreu em indivíduos do sexo masculino, representando uma média de 63,06% no Brasil, especialmente nas regiões Norte e Nordeste.

No caso do HIV/Aids, em 2021, 60,5% dos óbitos ocorreram entre indivíduos negros, dos quais 46,5% eram pardos e 14,0% eram pretos. Em relação aos óbitos entre pretos, a proporção de mulheres é maior do que a de homens ao longo de todo o período analisado. Já entre os óbitos de pardos, a partir de 2018, a proporção de homens supera a de mulheres.

Em 2011, a proporção de casos de sífilis adquirida em indivíduos autodeclarados como pretos e pardos foi de 50,2%, aumentando para 59,0% em 2021. Notavelmente, a proporção em pessoas pardas têm sido superior a 40% desde 2016. Quanto aos casos de sífilis adquirida em pessoas autodeclaradas pretas, a proporção de mulheres é consistentemente maior do que a de homens ao longo de todo o período analisado. Por outro lado, entre as pessoas pardas, a partir de 2019, a proporção de homens supera a de mulheres.

Outra doença que se destaca entre os homens negros é a Diabetes Mellitus (DM) tipo II. No Brasil, é a quarta principal causa de óbito e a principal responsável pela cegueira adquirida. Homens negros são mais frequentemente afetados por essa doença, apresentando uma incidência 9% maior em comparação aos homens brancos.

A Hipertensão arterial elevada também é uma condição, que afeta de 10% a 20% da população adulta, representa diretamente ou indiretamente 12% a 14% de todas as mortes no Brasil. Em geral, a hipertensão é mais prevalente entre os homens e, em particular, tende a ser mais complexa em indivíduos negros.

Sobre os casos de Câncer, as informações obtidas através da publicação Estimativa 2023 lançada pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA), o tumor maligno mais incidente no Brasil é o de pele não melanoma (31,3% do total de casos), seguido pelos de mama feminina (10,5%), próstata (10,2%). Em homens, o câncer de próstata é predominante em todas as regiões, totalizando 72 mil casos novos estimados a cada ano do próximo triênio, atrás apenas do câncer de pele não melanoma. Em um estudo realizado no Hospital do Câncer de Barretos revelou que os negros morrem 18% mais do que os brancos quando se consideram todos os tipos de câncer. Para câncer de próstata, negros morrem 51% mais do que brancos.

Pensando além da saúde corporal, mas inclusive mental, o suicídio é uma realidade que também acomete o homem negro. De acordo com informações do Ministério da Saúde, homens negros com até 29 anos de idade têm até 50% mais probabilidade de cometer suicídio.

Observa-se que existem várias problemáticas quanto a saúde do homem negro, com isso a interseccionalidade influencia diretamente no processo de saúde, doença e morte desses homens. O termo interseccionalidade, foi criado pelo movimento negro, que enfatiza aqueles que são invisibilizados e excluídos, e nos permite entender como as estruturas de gênero, raça e classe afetam determinados grupos.^{23,24} É fundamental entender que essas características são elementos estruturais que não apenas determinam e criam situações de desigualdade, mas também hierarquizam as relações de poder, exploração e opressão, contribuindo para a perpetuação da subordinação.²⁵

Ela se concentra como o racismo, o patriarcado, a opressão de classe e outros sistemas discriminatórios criam desigualdades fundamentais que moldam as posições de mulheres, raças, etnias, classes e outras pessoas.^{25,26} Ela nos ajuda a entender melhor as desigualdades e a sobreposição de opressão e discriminação que existem em nossa sociedade. Pode ser considerada uma ferramenta analítica importante para pensar sobre as relações sociais de raça, sexo e classe, bem como os desafios para a implementação eficaz de políticas públicas.²³

A filósofa Baukje Prins (2006), relata que a interseccionalidade é abordada por duas vertentes principais entre as teóricas, que se estabelecem a partir de distintas concepções de poder, agência e estrutura/sistema. Essas vertentes são caracterizadas por uma abordagem sistêmica/estrutural, que se baseia nos estudos originários dos Estados Unidos e enfatiza os impactos do sistema ou estrutura na formação das identidades.^{26, 27}

A interseccionalidade é uma abordagem teórica e metodológica que reconhece que a discriminação enfrentada por uma pessoa é mais complexa do que a simples soma das partes. Ela considera as múltiplas dimensões de identidade (como raça, gênero, classe social) e busca compreender como essas interseções influenciam as desigualdades sociais. Além disso, a interseccionalidade propõe ações políticas para combater essas desigualdades.^{28,29}

A interseccionalidade reconhece que as relações de poder relacionadas a raça, classe e gênero não são isoladas ou mutuamente excludentes. Elas se entrelaçam e influenciam uns aos outros, moldando a experiência de vida das pessoas de maneira complexa e interconectada.³¹

Algumas teorias estão sendo utilizadas como a teoria da determinação social, do processo saúde-doença. É uma teoria que revela determinantes sociais, inclusive as questões socioculturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que estão diretamente associados a problemas de saúde em grupos e populações.^{32,33,34}

Deste modo, compreendemos o abismo social que a população negra enfrenta desde a era dos escravos vindos da África até os dias atuais.^{35,36} Pode-se dizer que o racismo é uma forma sistemática

de discriminação que tem a raça como fundamento, e que se manifesta por meio de práticas conscientes ou inconscientes que culminam em desvantagens ou privilégios para indivíduos.³⁷

Em “Pele Negra, Máscaras Brancas”, Frantz Fanon argumenta que o racismo e o colonialismo são construções sociais que moldam nossa percepção do mundo e nossa experiência nele. Segundo ele, a noção de raça só se torna relevante quando internalizada por meio da linguagem e dos significados culturais e sociais que também são naturalizados. Em resumo, nossa identidade racial é fortemente influenciada pelo contexto em que vivemos.^{38,39}

Michael Foucault (1992), em sua obra “Genealogía del Racismo”, explora como o racismo se consolidou com base na ideia científica da luta entre raças, sustentada pela teoria evolucionista e pela competição pela sobrevivência. Esse processo deu origem a um racismo biológico-social, que postula a superioridade da raça branca europeia em termos físicos, morais, intelectuais e estéticos. Essa suposta superioridade conferiu poder sobre verdades e normas, enquanto outras raças eram consideradas ameaças ao patrimônio biológico. Nesse contexto, surgiram discursos racistas que associavam degeneração a determinados grupos.^{40,41}

De acordo com Foucault, uma das condições que possibilitou o surgimento do racismo está relacionada ao conceito de biopoder no século XIX. O biopoder refere-se a um conjunto de práticas e discursos que regulam a sociedade burguesa, envolvendo a contabilização, classificação e pesquisa quantitativa da espécie humana. Os governos passaram a se preocupar cada vez mais com a “população”, incluindo variáveis como natalidade, mortalidade, esperança de vida e incidência de doenças.^{41,42}

A ideia de raça tem sido alvo de críticas, especialmente porque sua suposta existência foi usada para justificar práticas prejudiciais, como colonização, escravidão, segregação, esterilização forçada, perseguição e até mesmo a morte de milhões de pessoas.^{43,44} Se considerarmos raça/racismo como uma categoria analítica, podemos identificar várias formas de exercício de poder opressivo e aprofundar nosso entendimento da sociedade e da subjetividade que ela produz.⁴⁵

A discriminação está enraizada nas relações de poder, onde certos grupos detêm vantagens baseadas em sua raça. Esses privilégios se manifestam em esferas econômicas, políticas e sociais, perpetuando desigualdades e ampliando diferenças.^{45,46}

Nesse cenário o objetivo desse estudo foi buscar na literatura científica o estado da arte sobre as evidências no que diz respeito ao acesso do homem negro aos serviços de saúde brasileiros.

3 MÉTODOS

Este é um estudo de Revisão de Escopo, seguindo o método proposto pelo Instituto Joanna Briggs (JBI).³⁹ O protocolo de pesquisa foi registrado no Open Science Framework⁴⁰ 15 de março de 2024 (<http://osf.io/qk8xu>). A revisão foi realizada com base nas diretrizes do guia internacional Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR). A pergunta norteadora foi construída usando a estratégia Population, Concept, and Context (PCC) para uma revisão de escopo, com os acrônimos P= Homens negros; C= Barreiras no acesso; C= Saúde pública e privada. A pergunta foi: “Qual o estado da arte das evidências acerca das barreiras no acesso a saúde enfrentados por homens negros no Brasil?”

A busca foi realizada nas seguintes bases de dados: PubMed, LILACS, Scopus, CINAHL e Web of Science e Google Acadêmico. Foram utilizados termos MeSH, como "Racism", "Vulnerable Populations", "Health Systems", para aumentar a sensibilidade da busca. A estratégia foi adaptada para cada base de dados. Além disso, a busca foi expandida para literatura cinzenta com o objetivo de identificar diretrizes, manuais, dissertações e teses, nas bases MedNar, CAPES, ProQuest e Google Acadêmico.

A estratégia de busca foi desenvolvida com os seguintes termos no PubMed: ("Racism" OR Prejudice OR "Systemic Racism") AND ("Black People" OR "Ethnic Violence" OR “Black or African American”) AND (“Health Systems” OR “Unified Health System”) AND (Brazil OR Brazilian), a mesma estratégia foi adaptada para as outras bases de dados.

As referências dos artigos selecionados foram verificadas para identificar novos estudos não localizados nas buscas anteriores, observados os critérios de inclusão previamente estabelecidos e após coletar todas as referências, foram excluídos artigos duplicados, mediante o uso de software Rayyan®.

Os critérios de inclusão são: estudos primários quantitativos ou qualitativos, estudos quase-experimentais, ensaios clínicos randomizados, coorte, caso-controle, transversais, diretrizes, manuais, dissertações e teses abordando o racismo estrutural como barreira no acesso aos serviços de saúde de homens negros no Brasil. Foram excluídas cartas ao editor, artigos de opinião e estudos com crianças, além de estudos que não foram realizados no Brasil. Não houve limitação de linguagem ou ano de publicação devido à escassez de estudos sobre a temática.

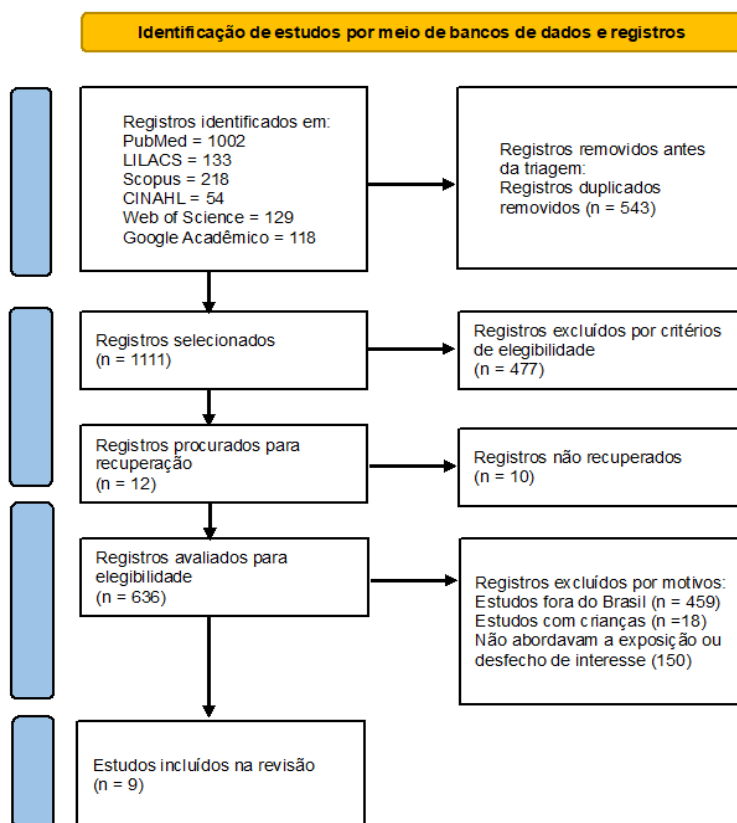
A seleção dos estudos foi realizada por dois revisores com base em títulos e resumos, seguida da leitura integral dos artigos pré-selecionados. Divergências foram resolvidas por consenso entre os revisores e não houve a necessidade de um terceiro revisor. Os dados extraídos incluíram, ano de publicação, delineamento do estudo, objetivo e evidências (Quadro 1). A avaliação de qualidade foi

conduzida usando a JBI Critical Appraisal Checklist for Studies Reporting Prevalence Data, classificando os artigos como de qualidade metodológica baixa, moderada ou elevada com base na pontuação obtida no checklist.

4 RESULTADOS

Foram encontrados 1654 estudos, dentre os quais com a ajuda do software Rayyan identificou-se 543 que estavam duplicados, restando 1111 estudos. Durante a etapa de leitura de títulos e resumos, 477 foram excluídos por não cumprirem os critérios de inclusão desta pesquisa, durante o rastreo que são estudos primários quantitativos ou qualitativos, estudos quase-experimentais, ensaios clínicos randomizados, coorte, caso-controle, transversais, diretrizes, manuais, dissertações e teses abordando o racismo estrutural como barreira no acesso aos serviços de saúde de homens negros no Brasil. Dessa forma, realizou-se uma busca nas referências dos artigos selecionados e assim foi integrado mais 2 artigos. Foram excluídos 627 artigos que não atenderam os critérios de elegibilidade, restando assim 9 artigos para análise dos estudos descritos da (figura 1).

Figura 1 - Fluxograma do processo de seleção dos artigos desta pesquisa adaptação de PRISMA. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2024



Fonte: Os autores, 2024

Quadro 1 - Características dos estudos incluídos nesta revisão, de acordo com título, ano de publicação, país, delineamento, evidências e qualidade metodológica (N=09) Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2024.

Título	Ano	Delineamento/ objetivo	Evidências dos estudos em relação ao acesso do homem negro aos serviços de saúde.	Qualidade metodológica
Discriminação, Cor/Raça e Masculinidade no Âmbito da Saúde: contribuições da pesquisa social	2011	Estudo qualitativo / Refletir sobre os desafios diários de pessoas negras no contexto da discriminação no campo da saúde.	<ul style="list-style-type: none"> - Análises sobre a articulação de múltiplos sistemas de subordinação, bem como uma discussão acerca da tendência à naturalização das desigualdades na sociedade de classes. - A territorialidade serve como um marcador explícito e ajuda a subsumir a discriminação racial a uma categorização de posição social ou status, indicando, mais uma vez, a combinação de variáveis na dinâmica da discriminação. 	Elevada
Os homens negros em tempos de pandemia do COVID-19	2021	Estudo descritivo / Analisar as dinâmicas que a pandemia do COVID-19 pode ter alterado em relação ao autocuidado de homens negros no Brasil através do levantamento de dados de múltiplas pesquisas e boletins epidemiológicos.	<ul style="list-style-type: none"> - Alta densidade geográfica dos chamados assentamentos subnormais, em que geralmente são compostos por casas pequenas e muitas pessoas, acaba dificultando o cumprimento das recomendações de distanciamento. - Dados de subnotificação, dificuldades com transporte público de baixa qualidade, agravos da falta de saúde, saneamento básico precário, entre outros problemas sociais, atingem drasticamente a população negra brasileira. 	Baixa
Race, Class and Income Inequality in Brazil: A Social Trajectory Analysis	2020	Estudo descritivo / Discutir a relação entre raça, classe e renda no Brasil, tendo como objetivo principal estudar os determinantes das desigualdades raciais no Brasil.	Classe e raça atuam em etapas sequenciais, sempre em detrimento dos negros. Isto acontece, em primeiro lugar, porque o seu ponto de partida é menos vantajoso que o dos brancos, dada a menor quantidade de recursos econômicos e culturais da sua família de origem. Em segundo lugar, os efeitos diretos e indiretos desta desvantagem inicial são complementados por barreiras condicionadas pela hierarquia racial, que estão presentes na	Baixa

			escolaridade, na alocação ocupacional e, por fim, no momento da fixação dos salários, produzindo assim as desigualdades observadas entre brancos e negros.	
Avanços, barreiras e debates sobre a Saúde da População Negra. Saúde do homem negro: uma reflexão teórica	2022	Artigo de reflexão / Apresentar uma reflexão teórica acerca dos fatores socioeconômicos, ideológicos e culturais que influenciam a saúde do homem negro no Brasil.	Os anos de colonização e a ocidentalização a qual foi submetido, implantaram em seu subconsciente a ideia de não pertencimento ao humano. Desse modo, assimilando essa ideia ao estereótipo de virilidade, o homem negro tende a se tornar ainda mais vulnerável em uma sociedade que não o vê como digno de cuidado e assistência.	Moderada
A cor e o sexo da fome: análise da insegurança alimentar sob o olhar da interseccionalidade	2022	Estudo transversal / Analisar a (in) segurança alimentar domiciliar sob o olhar da interseccionalidade	- O tratamento diferenciado à população negra, a partir da discriminação individual ou institucional, prejudica, ao longo do tempo, todos os membros desse grupo devido à falta de reconhecimento, de oportunidades e de sustento material. - Viver em situação de insegurança alimentar sinaliza não somente para privações materiais, mas também para mecanismos ideológicos que interditam oportunidades de melhorias de vida para a população negra.	Elevada
Concepções de saúde e atuação do Movimento Negro no Brasil em torno de uma política de saúde	2022	Estudo qualitativo / Analisar as concepções e a atuação política das organizações do Movimento Negro no processo de formulação da PNSIPN	Ações comunitárias assistenciais remetem a uma tradição histórica dos movimentos negros desde o início da República, por meio das entidades de ajuda mútua, associações profissionais de trabalhadores negros (estivadores, marceneiros etc.) e por meio das próprias religiões de matriz africana. O que poderia ser entendido como “ações assistencialistas”, no sentido da caridade, é uma	Moderada

			herança afro-brasileira de organização autônoma da população negra, na busca pela resolução de suas demandas mais imediatas.	
The door is open, but not everyone may enter: racial inequities in healthcare access across three Brazilian surveys	2020	Estudo qualitativo / Avaliar o impacto das mudanças na Política Nacional de Atenção Básica sobre as iniquidades raciais na saúde	O racismo, um processo social abrangente subjacente ao menor acesso das minorias radicalizadas aos serviços de saúde e à menor qualidade dos cuidados, é aqui avaliado com seu marcador social correspondente: raça.	Baixa
Access to Health Services and Assistance Offered to the Afro-Descendant Communities in Northern Brazil: A Qualitative Study	2021	Estudo descritivo / Avaliar o acesso aos serviços de saúde e à assistência oferecida às comunidades remanescentes de quilombos da região norte do Tocantins, Brasil.	- A literatura aponta que a HAS é uma das doenças mais incidentes e prevalentes entre homens negros, responsável por elevado número de mortes entre homens e mulheres desta raça. - Assistência oferecida aos quilombolas no norte do Tocantins é fragmentada, centrada no modelo biomédico, que é tratar apenas a doença	Baixa
Desigualdades raciais no uso e mortalidade de cuidados de saúde mental: uma análise transversal de 1,2 milhão de indivíduos de baixa renda no Rio de Janeiro, Brasil 2010–2016	2023	Estudo de Coorte / Investigar desigualdades raciais e socioeconômicas na utilização de cuidados de saúde primários, hospitalização e mortalidade por transtornos de saúde mental no Rio de Janeiro, Brasil.	Em indivíduos de baixa renda no Rio de Janeiro, as desigualdades raciais/cor nos resultados de saúde mental eram grandes e não totalmente explicáveis pelo status socioeconômico. Os brasileiros negros e pardos foram consistentemente afetados negativamente, com menor utilização da APS e piores resultados de saúde mental.	Elevada

Fonte: Os autores, 2024

Após a análise dos estudos, foi possível organizá-los em quatro categorias: I – O acesso dos usuários ao serviço; II – Fatores limitantes à adesão; III – Dificuldade profissional e institucional para

atuar com a diversidade; e IV - Potencialidades do serviço para garantir o acesso e a adesão. A síntese desses dados e a análise das categorias serão apresentadas na discussão

5 DISCUSSÃO

5.1 O ACESSO DOS USUÁRIOS AO SERVIÇO

Homens negros enfrentam obstáculos no acesso aos serviços de saúde, tanto públicos quanto privados, devido a estruturas que são consideradas burocráticas, dispendiosas e ineficientes.^{9,14,43} Esse resultado corrobora com a pesquisa de Almeida (2019)⁴⁶ na qual mostrou, que o acesso dos homens negros ao serviço de saúde é um desafio, bem como sua adesão aos tratamentos, e envolvem obstáculos que vão desde questões estruturais, como as condições de vida, a nutrição, a habitação, o poder financeiro e a educação estão todos ligados ao acesso aos cuidados de saúde.^{4,46}

Essa questão vai além da geografia e envolve três aspectos: econômico, que inclui os custos de saúde para o usuário; cultural, que inclui normas e técnicas adaptadas aos hábitos da população; e funcional, que diz respeito à adequação e qualidade dos serviços oferecidos aos usuários do sistema de saúde.^{4,5,46} Além da simples utilização dos serviços de saúde, a acessibilidade inclui a adaptação dos profissionais de saúde e das tecnologias de saúde às necessidades dos pacientes.^{20,21} É essencial garantir que todos tenham acesso a todos os níveis de atenção a saúde. No entanto, estabelecer um Sistema Único de Saúde, conforme previsto na Constituição de 1988, enfrenta vários obstáculos e dificuldades como: subfinanciamento, carência de profissionais qualificados, modelo de gestão.^{33,34,47}

O estudo de Vasconcelos (2022)⁶ mostrou que as condições de acessibilidade são mais bem compreendidas de maneira multidimensional, abrangendo quatro dimensões: política, econômico-social, técnica e organizacional.⁶ A dimensão política envolve o desenvolvimento da consciência sanitária e organização social; a econômico-social refere-se à organização da rede de serviços, facilidades e dificuldades relacionadas à busca pelos serviços de saúde; e as dimensões técnica e organizacional incluem aspectos característicos do serviço, como horário de atendimento e qualidade da atenção.⁶

Outros aspectos importantes a serem considerados na análise do acesso aos serviços incluem a participação popular e controle social, equidade, coerência dos serviços com as necessidades da população, estratégias, alocação de recursos e autonomia.^{6,8,11} Esse resultado vai ao encontro de pesquisas^{4,5,7} recentes, nas quais foram examinadas a importância das diversas formas de discriminação na geração de desigualdades sociais e na área da saúde.

5.2 FATORES LIMITANTES À ADESÃO

Observa-se uma deficiência latente na área da saúde, que abrange desde a infraestrutura dos serviços destinados à prestação da assistência básica, passando pela escassez de insumos e equipamentos, até o reduzido número de profissionais^{37,48}. Buss (2007)³⁴ afirma que barreiras geográficas e a desvalorização dos conhecimentos medicinais tradicionais de determinada região também contribuem para essa problemática.

Para Almeida (2019)⁴⁶ a discussão é muito mais profunda, o homem negro é estigmatizado ao longo da vida por sua cor e por causa de todos os fatores de riscos a que eles estão expostos. As disparidades estão associadas à classe social e a outros indicadores sociais, como raça/cor, gênero, orientação sexual, e geração.^{46,49} Esses marcadores estão vinculados a estigma, preconceito e afetam diretamente o acesso aos serviços públicos.^{32,50}

Esses estudos indicam que diferentes manifestações discriminatórias que podem impactar negativamente as condições e a qualidade de vida, afetando assim, a saúde tanto de indivíduos quanto da comunidade.^{1,2,7}

Podemos supor que certas formas de estigma, preconceito podem resultar em danos psicológicos, alterações comportamentais, levando à exclusão social, incapacidades no trabalho, entraves nas interações cotidianas e, em casos extremos culminar em violência e morte.^{1,3,5,6} A gravidade e as consequências das formas mais intensas de discriminação são destacadas, considerando sua natureza irreparável de negação de direitos, representando uma questão preocupante com implicações significativas para a saúde e bem-estar.^{8,11}

Nesse cenário desafiador, a promessa de assistência médica universal e gratuita, na maioria das vezes, é pouco mais do que um compromisso formal por parte das autoridades, muitas vezes alheias ao contexto crítico do acesso aos serviços de saúde.^{11,15} Considerando que nem todos serão atendidos, surge a incerteza sobre a experiência daqueles que conseguirem utilizar o serviço.^{9,43,44} É difícil afirmar que os usuários terão suas demandas e expectativas plenamente atendidas, nesse contexto quando analisamos os fatores limitantes à adesão, notou-se que a territorialização foi considerada como determinante geográfico (localização, formas e vias de acesso); técnicos (serviços e profissionais disponíveis, capacidade operacional, perfil e dinâmica epidemiológica); populacionais e étnicos, com limites móveis, para adaptarem-se constantemente à dinâmica desses fatores.^{20,21,45}

5.3 DIFICULDADE PROFISSIONAL E INSTITUCIONAL PARA ATUAR COM A DIVERSIDADE

Especialistas^{3,4,6,42} concordam que a realidade do homem negro no Brasil é caracterizada por uma condição indesejada e frequentemente hostil. Tanto o Estado quanto às instituições sociais

parecem estar alinhados com a prevalência da “morte” desses homens, seja por meio de políticas que negligenciam sua saúde, seja pela indiferença institucional.^{8,11,14} Esses elementos estão inseridos em um projeto de poder onde a centralidade é ocupada pela branquitude^{43,44}.

Na visão de Monteiro (2011)⁴⁴ iniciativas desse tipo diminuem a procura dos usuários negros por serviços de saúde, evidenciando a presença de racismo nessas instituições. É digno de notar que o racismo, um processo social abrangente subjacente ao menor acesso das minorias racializadas aos serviços de saúde e à menor qualidade dos cuidados, é aqui avaliado com seu marcador social correspondente a raça.^{38,44,45}

Para Separavich (2013)³⁸ o racismo institucional pode se manifestar de várias formas, incluindo abuso verbal, como culpabilização, humilhação pública, recriminação e ofensas direcionadas ao paciente, gerando sentimentos de vergonha e exclusão. Além disso, a negligência por parte dos profissionais de saúde também é considerada uma forma de discriminação.

Além disso, é crucial sensibilizar os profissionais para atuam diante da diversidade.¹⁰ Dados de mortalidade adulta revelam que a mortalidade para negros é duas vezes maior que para brancos em muitas doenças, indicando a persistência de desigualdades significativas no sistema de saúde.^{10,49,51}

Na concepção de Vasconcelos (2022)⁶ a ineficácia das instituições e organizações reside na dificuldade profissional e institucional para atuar com a diversidade, falta de serviços profissionais que respeitem a diversidade e sejam adequados às pessoas, considerando sua cor, cultura, origem racial ou étnica.¹⁴ Esse problema se manifesta por meio de normas, práticas e comportamentos discriminatórios que ocorrem no dia a dia do trabalho, resultando de preconceitos raciais, ações que envolvem estereótipos discriminatórios, falta de atenção e ignorância.^{11,13,15} Em diversas situações, o racismo institucional coloca as pessoas pertencentes a grupos raciais ou étnicos em desvantagem no acesso a benefícios oferecidos pelo Estado e outras instituições.^{43,44} Homens negros enfrentam obstáculos no acesso aos serviços de saúde, tanto públicos quanto privados, devido a estruturas que são consideradas burocráticas, dispendiosas e ineficientes.^{9,14,43}

Barbosa (2018)²⁰ reitera, ao homem negro não é concedida boas oportunidades, devido sua pele e a sujeitudo racismo. O homem negro se torna escravo de sua aparência, onde a cor de sua pele prevalece antes de sua individualidade, características pessoais, caráter, personalidade e complexidade enquanto ser humano.^{20,44} Essa discussão revela a influência dos estereótipos que precedem e desumanizam o homem negro.^{49,52}

5.4 POTENCIALIDADES DO SERVIÇO PARA GARANTIR O ACESSO E A ADESÃO

Concomitantemente em estudos sobre o tema, observa-se também o desenvolvimento de direitos e políticas públicas específicas para esses grupos.^{11,50} Além da atuação estatal, a sociedade civil desempenha um papel fundamental na busca pelo reconhecimento de identidades relacionadas à raça/cor, gênero, orientação sexual, geração, entre outros. Dada a necessidade de investigação e inclusão de temáticas pertinentes a esses grupos na agenda política ao apresentar Marcadores sociais da diferença e os debates sobre desigualdade.^{34,46,51}

Após a criação da PNSIPN em 2009, ampliando o acesso, ainda é necessária uma avaliação contínua e monitoramento para garantir a qualidade do acesso e da adesão oferecidos a essa população.^{38,45}

Ao analisar as potencialidades do serviço para garantir o acesso e a adesão, notam-se alterações legais recentes, como a criação de ministérios dedicados à igualdade racial, povos indígenas, direitos humanos, cidadania e mulheres ocorrido em 2023 pelo atual Governo Federal, juntamente com o estabelecimento da Assessoria para Equidade Racial em Saúde pelo Ministério da Saúde, são iniciativas que visam abordar as desigualdades e promover a diversidade com uma perspectiva de equidade.^{49,51,53} Contudo, o êxito dessas ações demanda investimentos substanciais e a alocação de recursos no orçamento para efetivar mudanças estruturais em uma sociedade marcada por históricas disparidades.^{50,53}

Quanto às oportunidades e recursos disponíveis, merece destaque o Programa Brasil Quilombola (PBQ), estabelecido pelo Governo Federal como uma política destinada a atender essas comunidades por meio de uma série de ações integradas realizadas por diversos órgãos governamentais.^{43,54} Para Miranda (2021)⁵⁴ entre os projetos e iniciativas delineadas para fortalecer as ações autônomas, estão incluídos o desenvolvimento da infraestrutura, implementação de saneamento básico, instalação de equipamentos sociais nas comunidades, estímulo à inclusão produtiva, fomento ao desenvolvimento econômico e social, além do apoio ao controle e à participação social dos representantes quilombolas em diversas instâncias para assegurar seus direitos e promover o exercício pleno da cidadania.^{10,13}

Sob o olhar de Cesário (2018)³⁷ a definição de diretrizes para promover a visibilidade e a inserção social das comunidades quilombolas cria oportunidades para refletir sobre o princípio da equidade, por meio da implementação de estratégias que busquem reduzir as desigualdades sociais e sanitárias locais. Raramente aborda-se questões étnico-raciais relacionadas à acessibilidade aos serviços de saúde.^{9,20,44}

Outro fator importante recomendado pela OMS é a autoavaliação em saúde, que é quando o paciente reconhece alterações no próprio corpo que podem indicar alguma doença, e a população negra em geral tem pior autoavaliação.^{55,56} Especialistas^{42,53} discordam, isso é um risco porque as neoplasias são silenciosas e até a manifestação dos sintomas, elas já podem ter se desenvolvido. Por isso, campanhas como o novembro azul chamam atenção para os exames específicos, porém muito se questiona sobre abordagem preventiva específica destinada à população negra, considerando que os riscos são mais elevados para esse grupo.^{7,15} Atualmente, não há recomendações específicas que modifiquem, por exemplo, a idade para a realização do exame de câncer de próstata para pessoas negras, mantendo a faixa etária de 50 anos para todos os públicos.^{6,11}

As campanhas de prevenção também devem ser direcionadas a esse grupo. Em outras palavras, os homens negros precisam estar cientes de que a prática de exercícios físicos e o controle de peso são medidas preventivas eficazes, especialmente se apresentarem fatores de risco adicionais, como tabagismo e histórico familiar em primeiro grau, por exemplo, destaca Silva (2017).¹¹ Isso pode correr porque a população negra está mais vulnerável a essas condições.

6 CONCLUSÃO

Percebe-se a lacuna entre as publicações, 2011 à 2020, algo que podemos pensar sobre a invisibilidade do homem negro na saúde. Estudos indicam negligências sócio-históricas em relação à saúde masculina, mas são escassas as pesquisas que abordam a interseção entre raça, gênero e saúde, especialmente no contexto do homem negro. Cabe ressaltar, todavia, que, nos últimos anos, a temática das relações entre cor/raça e saúde têm ganhado, de alguma forma, pouco mais visibilidade.

No que diz respeito à realidade nacional, há trabalhos sobre a percepção da população sobre o racismo no país, mas os estudos acerca das consequências da discriminação racial nos agravos à saúde ainda são escassos.

Com base nas experiências desses homens negros, fica claro que eles compartilham desvantagens sociais que não se limitam a um único marcador social que identifica a diferença; em vez disso, existem vários marcadores sociais que se conectam e interagem de forma complexa para produzir desigualdades. As abordagens que limitam essas desigualdades a um único sistema classificatório, como classe, gênero, raça ou cor, são consideradas inadequadas para compreender as várias dimensões envolvidas, incluindo as questões políticas, econômicas e os recursos em jogo, que formam e impactam as posições sociais e as experiências das pessoas na sociedade.

É crucial refletir sobre como os comportamentos de cuidado e autocuidado, tanto em nível individual quanto grupal, impactam na preservação da saúde dos homens negros no cenário brasileiro.

Este tema abrange desde deficiências na formulação de políticas públicas até a ausência de abordagens que contemplem a diversidade masculina, incluindo diretrizes para a promoção da saúde dos homens negros inclusive homens trans.

Diante do exposto, seria razoável argumentar que, no atual cenário, onde propostas e ações governamentais envolvem cortes de recursos para políticas públicas sociais, os investimentos na área da saúde não deveriam ser ainda mais reduzidos. Assim, torna-se crucial o esforço conjunto de gestores, trabalhadores e sociedade civil para assegurar direitos, levando em consideração as mazelas raciais presentes no cotidiano das pessoas e seu impacto nas condições de saúde.

REFERÊNCIAS

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa nacional por amostra de domicílios (PNAD)*. Rio de Janeiro, IBGE., http://ftp.ibge.gov.br/Trabalho_e_Rendimento/Pesquisa_Nacional_por_Amostra_de_Domicilios_anual/microdados/2014/ on Dec. 25 2017. (2014).

FGV Fundação Getulio Vargas. Negros ainda são maioria com rendimento até 2 salários mínimos., <https://portal.fgv.br/artigos/negros-ainda-sao-maioria-rendimento-ate-2-salarios-minimos> (2022, accessed 10 March 2024).

Araújo EM de, Costa M da CN, Hogan VK, et al. A utilização da variável raça/cor em Saúde Pública: possibilidades e limites. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* 2009; 13: 383–394.

Cunha VD. OS HOMENS NEGROS EM TEMPOS DE PANDEMIA DO COVID19. *Revista da ABPN* 2021; 13: 533–555.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Desigualdades Sociais por Cor ou Raça no Brasil: Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômica. IBGE; 48, https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101972_informativo.pdf (2022).

Vasconcelos VO de, Francisco TNC, Moura VC da S. Avanços, barreiras e debates sobre a Saúde da População Negra. Saúde do homem negro uma reflexão teórica. *XII COPEN*; ST 05, <https://www.copene2022.abpn.org.br/arquivo/downloadpublic?q=YToyOntzOjY6InBhcmFtcyI7czoZNToiYToxOntzOjEwOiJJRF9BUiFVSzVZPIjtzOjQ6IjU5OTUiO30iO3M6MT0iaCI7czozMjoiOWFiMDE0M2FiYWYyMTcwOTIzMjc2MTZjYmIxNDMzMmEiO30%3D> (2022).

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Desigualdades Sociais por Cor ou Raça no Brasil: Estudos e Pesquisas, Informação Demográfica e Socioeconômica N41*, https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101681_informativo.pdf (2019).

Cunha VD. OS HOMENS NEGROS EM TEMPOS DE PANDEMIA DO COVID19. *Revista da ABPN* 2021; v. 13: 533–555.

ALMEIDA, Magali da Silva. Desumanização da população negra: genocídio como princípio tácito do capitalismo. *Revista Em Pauta: teoria social e realidade contemporânea*, [S. l.], v. 12, n. 34, 2015. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/revistaempauta/article/view/15086>. Acesso em: 4 jul. 2024.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política do SUS 2ª ed. Brasília. Editora do Ministério da Saúde.

Silva ELV da. Gênero, Sexualidade e Etnia: Racismo institucional e suas repercussões ao acesso à saúde no Brasil. In: *Saúde e Sociedade*, <https://www.congressoservicosocialuel.com.br/anais/2017/asets/134287.pdf> (2017).

Salata A. Race, Class and Income Inequality in Brazil: A Social Trajectory Analysis. *Dados*; 63. Epub ahead of print 2020. DOI: 10.1590/dados.2020.63.3.213.

Volochko A, Antenor S, Kalcman S. *Boletim do Instituto de Saúde: Desigualdades e Iniquidades em Saúde*. São Paulo, https://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/bis/pdfs/bis_v12_n2.pdf (2010).

Matos CC de SA, Tourinho FSV. Saúde da População Negra: como nascem, vivem e morrem os indivíduos pretos e pardos em Florianópolis (SC). *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade* 2018; 13: 1–13.

Araújo MVR de, Teixeira CF de S. Concepções de saúde e atuação do Movimento Negro no Brasil em torno de uma política de saúde. *Saúde e Sociedade*; 31. Epub ahead of print 2022. DOI: 10.1590/s0104-12902022220246pt.

Feitosa M de O, Gomes MEA, Fontoura IG, et al. Access to Health Services and Assistance Offered to the Afro-Descendant Communities in Northern Brazil: A Qualitative Study. *Int J Environ Res Public Health* 2021; 18: 368.

BRASIL. Lei nº 7.716, de 05 de Janeiro de 1989. Define os crimes resultantes de preconceito de raça ou de cor. Brasília DF Vide ADO Nº 26.

Brasil. Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania. Política Nacional de Promoção da Igualdade Racial. *BRASIL*, [https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/igualdade-etnico-racial/acoes-e-programas/politica-nacional-de-promocao-da-igualdade-racial#:~:text=A](https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/igualdade-etnico-racial/acoes-e-programas/politica-nacional-de-promocao-da-igualdade-racial#:~:text=A%20Pol%C3%ADtica%20Nacional%20de%20Promo%C3%A7%C3%A3o,das%20demandas%20mais%20imediatas%2C%20bem%20(2023,accessed%2023%20March%202024).) Política Nacional de Promoção das demandas mais imediatas%2C bem (2023, accessed 23 March 2024).

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de Indicadores Sociais. *IBGE*, <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9221-sintese-de-indicadores-sociais.html> (2023).

Barbosa¹ YO, Menezes LPL, de Jesus Santos JM. Acesso dos homens aos serviços de atenção primária à saúde.

Silva SO da, Santos SMC dos, Gama CM, et al. A cor e o sexo da fome: análise da insegurança alimentar sob o olhar da interseccionalidade. *CadSaude Publica* 2022; 38: e00255621.

Nobre J de P, Freitas CA de. Aspectos relacionados à implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) no Brasil. *Espaço para a Saúde - Revista de Saúde Pública do Paraná* 2021; 22: 1–7.

SANTOS ARS. Marcadores sociais da diferença e interseccionalidade em organizações do agreste pernambucano a partir dos relatos de consultores (as) de Recursos Humanos.

Oliveira E de, Couto MT, Separavich MAA, et al. Contribuição da interseccionalidade na compreensão da saúde-doença-cuidado de homens jovens em contextos de pobreza urbana. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação* 2020; 24: e180736.

Ramos LR. A interseccionalidade na educação inclusiva: marcadores sociais da diferença.

Oliveira E de, Couto MT, Separavich MAA, et al. The contribution of intersectionality on understanding young men 's health-disease and care in contexts of urbanpoverty. *Interface-ComunicacaoSaudeEducacao*.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa Nacional de Saúde PNS* -. Brasília/DF, <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html> (2019).

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *PNAD Contínua - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua*. Brasília DF, <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9171-pesquisa-nacional-por-amostra-de-domicilios-continua-mensal.html> (2023).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra Uma Política do SUS*. Brasília DF, https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra_3d.pdf (2017).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de a de Vigilância em Saúde e Ambiente. *Boletim Epidemiológico - Volume 2*. Brasília/DF, <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2023/boletim-epidemiologico-saude-da-populacao-negra-numero-especial-vol-2-out.2023> (2023).

Araújo MVR de, Teixeira CF de S. Concepções de saúde e atuação do Movimento Negro no Brasil em torno de uma política de saúde. *Saúde e Sociedade*; 31. Epub ahead of print 2022. DOI: 10.1590/s0104-1290202220246pt.

Souza J. As dores psíquicas e a morte de homens pretos: quando vão entender que o racismo é a causa-mor? *Portal Galedes.*, <https://www.geledes.org.br/as-dores-psiquicas-e-a-morte-de-homens-pretos-quando-vao-entender-que-o-racismo-e-a-causa-mor/> (2023, accessed 23 March 2024).

Medeiros S, Coelho R, Millett C, et al. Racial inequalities in mental healthcare use and mortality: a cross-sectional analysis of 1.2 million low-income individuals in Rio de Janeiro, Brazil 2010–2016. *BMJ Glob Health* 2023; 8: e013327.

Buss PM, Pellegrini Filho A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* 2007; 17: 77–93.

Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). *Estimativa | 2023 Incidência de Câncer no Brasil*. Rio de Janeiro RJ, <https://antigo.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document/estimativa-2023.pdf> (2022).

Guimarães Ribeiro A, Ferlay J, Vaccarella S, et al. Ethnic disparities in cancer mortality in the capital and northeast of the State of São Paulo, Brazil 2001–17. *Cancer Causes & Control* 2024; 35: 523–529.

De Cesaro BC, dos Santos HB, da Silva FNM. Masculinidades inerentes à política brasileira de saúde do homem. *Revista Panamericana de Salud Pública* 2018; 42: 1–5.

Separavich MA, Canesqui AM. Saúde do homem e masculinidades na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: uma revisão bibliográfica. *Saúde e Sociedade* 2013; 22: 415–428.

Aromataris E, Fernandez R, Godfrey C, Holly C, Kahlil H TP. Summarizing systematic reviews: methodological development, conduct and reporting of an Umbrella review approach. In: *JBIM Manual for Evidence Synthesis*. JBI. Epub ahead of print 2020. DOI: 10.46658/JBIMES-20-11.

Foster ED, Deardorff A. Open Science Framework (OSF). *Journal of the Medical Library Association*; 105. Epub ahead of print 4 April 2017. DOI: 10.5195/jmla.2017.88.

Tricco AC, Lillie E, Zarin W, et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Ann Intern Med* 2018; 169: 467–473.

Sasse AD, Wiermann EG, Herchenhorn D, et al. Firstbrazilian consensus of advancedprostatecancer: recommendations for clinical practice. *International braz j urol* 2017; 43: 407–415.

Oliveira LHB de. Homens quilombolas da comunidade de Mesquita-GO e masculinidades: percepções sobre raça, gênero e utilização dos serviços de saúde.

Monteiro S, Cecchetto F. *Discriminação, cor/raça e masculinidade no âmbito da saúde contribuições da pesquisa social Saúde do homem em debate [online]*. EDITORA FI. Rio de Janeiro, 2011.

Zamora MHRN. Desigualdade racial, racismo e seus efeitos. *Fractal (Niterói)* 2012; 24: 563–578.

Almeida SL. *Racismo estrutural*. São Paulo, https://blogs.uninassau.edu.br/sites/blogs.uninassau.edu.br/files/anexo/racismo_estrutural_feminismos_-_silvio_luiz_de_almeida.pdf (2019).

Feitosa M de O, Gomes MEA, Fontoura IG, et al. Access to Health Services and AssistanceOffered to the Afro-DescendantCommunities in Northern Brazil: A Qualitative Study. *Int J Environ Res Public Health* 2021; 18: 368.

Constante HM, Marinho GL, Bastos JL. The door is open, but noteveryonemayenter: racial inequities in healthcare access across three Brazilian surveys. *Cien SaudeColet* 2021; 26: 3981–3990.

Kalckmann S, Santos CG dos, Batista LE, et al. Racismo institucional: um desafio para a equidade no SUS? *Saúde e sociedade* 2007; 16: 146–155.

Gonçalves MM, Marques MC da C, Schucman L V. Raça e racismo na formação em saúde: do conceito a práxis. *Mota A, Marinho MGSMC, Schraiber LB, organizadores Educação, medicina e saúde: tendências historiográficas e dimensões interdisciplinares Santo André: UFABC/CD&G* 2018; 79–106.

Mello L, Gonçalves E. Diferença e interseccionalidade: notas para pensar práticas em saúde. *Revista Cronos*; 11.

Batista LE. Masculinidade, raça/cor e saúde. *Cien SaudeColet* 2005; 10: 71–80.

Czorny RCN, Pinto MH, Pompeo DA, et al. Fatores de risco para o câncer de próstata: população de uma unidade básica de saúde. *Cogitare enfermagem*; 22.

Miranda SVC de, Oliveira JL de, Sampaio CA, et al. Cartografia das condições de trabalho de homens quilombolas e as intersecções para a informalidade e a saúde mental. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação* 2021; 25: e200478.